Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Institut National
d'Administration Sanitaire

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المعهد الوطني
للإدارة الصحية

Centre collaborateur de l'OMS

CYCLE DE MASTERE EN ADMINISTRATION SANITAIRE ET SANTE PUBLIQUE

FILIERE : GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

PROMOTION (2010-2012)

Mémoire de fin d'études

Évaluation de l'implantation des activités d'amélioration de la qualité de prise en charge du diabète type 2 au niveau des établissements de soins de santé de base : cas de la province de Kénitra

ELABORE PAR :
Dr Asmaa ALAOUI

ENCADRE PAR :
Dr Ahmed IDRISSI

Juillet 2012

REMERCIEMENT

A notre Directeur : Professeur MAAROUFI Abderrahmane

Nous avons toujours admiré en vous votre simplicité et vos qualités humaines qui n'ont d'égale que votre haute compétence.

Nous vous exprimons toute notre gratitude pour l'assistance effective et l'encouragement que vous ne cessez d'octroyer pour mener à bien notre formation.

A notre enseignant et encadrant : Docteur IDRISSI Ahmed

Vous avez guidé nos premiers pas dans la recherche et mis à terme la réalisation de ce travail.

Nous ne saurions comment vous exprimer notre gratitude pour l'intérêt que vous avez accordé à l'élaboration de ce travail ainsi que vos conseil et orientations qui nous ont été d'un grand apport.

A notre maître de stage : Docteur BERRAHAL. Mahmoud

Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements pour l'aide et le temps précieux que vous nous avez accordé pour la réalisation de ce travail. Aussi, vos qualités humaines nous ont été un facteur de motivation permanente.

A tous les enseignants de l'INAS

Vous avez fait preuve d'une bonne volonté pour nous assurer cette formation. Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos remerciements, aussi l'ensemble du personnel de l'INAS.

Nous remercions également la responsable du programme de prévention et contrôle du diabète Mme MOUZOUNI F.Z pour le soutien qu'elle a bien voulu apporté à ce travail.

Nos remerciements s'adressent aussi aux personnels de santé de la province de Kénitra pour leur contribution effective à la réalisation de cette étude.

Enfin, nous remercions les collègues de la onzième promotion et toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Un grand merci pour ma famille pour sa patience, ses sacrifices et son appui tout au long de ces deux années de formation.

RESUME

Le diabète constitue un grand enjeu de santé publique, c'est un facteur important de morbi-mortalité qui engendre de lourdes conséquences socioéconomiques.

Conscient de ce nouveau défi, le Ministère de la Santé a développé la stratégie nationale 2010-2015 de prévention et de contrôle du Diabète.

La présente étude avait pour objectif d'évaluer le degré de mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de prise en charge (PEC) des diabétiques type 2 au niveau des établissements de soins de santé de base (ESSB) de la province de Kénitra et de documenter les facteurs contextuels facilitant ou entravant leur implantation afin de proposer des pistes d'amélioration.

Nous avons utilisé une méthode mixte: quantitative par un questionnaire testé auto-administré à l'ensemble des médecins généralistes (MG) exerçant au niveau des ESSB de la province de Kénitra, et qualitative par des entretiens semi-directifs avec les équipes soignantes, les gestionnaires à différents niveaux et les diabétiques. Nous avons utilisé une analyse descriptive des données quantitatives et une analyse du contenu pour les données qualitatives suivi d'une triangulation.

En termes de résultat, l'intervention avait des aspects positifs tels que l'amélioration de la disponibilité de l'insuline, la mise en place du système de traçabilité des médicaments. Cependant les antidiabétiques oraux, les supports d'informations et les cassettes d'HbA1c n'étaient pas disponibles d'une façon continue et suffisante. 56% des ESSB disposaient d'une cellule de PEC du diabète. La formation des MG sur la thématique n'étaient que de 58%. Seulement 45% proposaient le dépistage systématique chez la population à risque, 51% examinaient toujours leurs patients et seulement 37% demandaient systématiquement l'HbA1c et le bilan annuel. 42% remplissaient toujours les supports d'information. 41% des MG référaient au centre de référence de diabète et 82% des MG n'avaient jamais ou rarement reçu la contre référence.

Les facteurs contextuels qui ont influencés le degré de mise en œuvre des activités étaient d'ordre structurel, relationnel et environnemental.

La recherche de ressources additionnelles, la formation des équipes soignantes, la coordination entre niveaux et réseaux la mise en place d'un système d'information informatisé au niveau des ESSB et hospitalier seraient les principales pistes d'amélioration de l'implantation de ses activités.

Mots clés: Evaluation, implantation, intervention, soins de santé de base, diabète type 2.

SUMMARY

Diabetes is a major public health issue; it is an important factor of morbidity and mortality causing heavy economic consequences. Recognizing this challenge, the Ministry of Health developed the National Strategy 2010-2015 of Prevention and Control of Diabetes.

This study aimed to assess the degree of implementation of activities to improve the quality of care of diabetics in primary health care facilities in the province of Kénitra and document the contextual factors facilitating or hindering their implementation in order to propose areas for improvement.

We used a mixed method: quantitative using a self-administered questionnaire to all general practitioners (GPs) working in primary health care facilities in the province of Kénitra and by qualitative semi-structured interviews with care providers, the managers at different levels and diabetics. We used a descriptive analysis of quantitative data and content analysis for qualitative data followed by a triangulation.

In terms of outcome, the intervention had positive aspects such as improving the availability of insulin, the establishment of the traceability system of medicines. However, oral medications, the information system and the tapes of HbA1c were not available on an ongoing basis and sufficient. 56% of primary health care centers had a support unit of diabetes. Only 58% of GPs were trained on diabetes management, only 45% offered routine screening for population at-risk, 51% still examining their patients and only 37% routinely asked HbA1c and annual report. 42% still met the information system. 41% of GPs referred to the referral center for diabetes and 82% of GPs had never or rarely received the reference with feed-back.

Contextual factors that have influenced the degree of implementation activities were structural, relational and environmental.

The search for additional resources, training of health care teams, coordination between levels and networks, implementing a computerized information system at the hospital and primary health care are the main ways of improving the implementation of its activities.

Keywords: assessment, implementation, intervention, primary health care, type 2 diabetes.

ملخص

مرض السكري هو قضية رئيسية من قضايا الصحة العامة، وعامل مهم في معدلات الاعتلال والوفيات التى تسبب عواقب اقتصادية فادحة. وإدراكا لهذا ألتحدي وضعت وزارة الصحة الاستراتيجية الوطنية 2010-2015 لوقاية والسيطرة على مرض السكري.

هذا البحث يهدف إلى تقييم درجة تنفيذ الأنشطة الرامية إلى تحسين جودة الرعاية لمرضى السكري في مرافق الرعاية الصحية الأساسية في إقليم القنيطرة وتوثيق العوامل الظرفية التي تسهل أو تعوق تنفيذها من أجل اقتراح مجالات للتحسين.

استخدمنا طريقة مختلطة :الاختبار الكمي الاستبيان ذاتيا لجميع الأطباء العامين العاملين بمرافق الرعاية الصحية الأساسية في إقليم القنيطرة ومقابلات شبه منظمة مع فريق الرعاية الصحية و المسيرين في مختلف المستويات ومرضى السكري. استخدمنا التحليل الوصفي للبيانات الكمية وتحليل المحتوى لبيانات نوعية تليها التثليث.

من حيث ألنتيجة كان للتدخل جوانب ايجابية مثل تحسين توافر الأنسولين وإنشاء نظام تتبع الأدوية. لكن كانت الأدوية عن طريق الفم وأنظمة المعلومات, وHbA1c غير متوفرة بطريقة مستمرة و كافية. وكان 56٪ من مرافق الرعاية الصحية الأساسية يتوفر على خلية مرضى السكري. وكان تدريب الأطباء العامين حول هذا الموضوع يناهز فقط 58٪. عرض فقط 45٪ من الأطباء العامين الفحص الروتيني على السكان المعرضين للإصابة بالسكري و 51٪ فحص بشكل منهجي مرضاهم، وفقط 37٪ طلب بشكل روتيني، نسبة HbA1c و الاختبارات المعملية السنوية. 42٪ يملأ نظم المعلومات. وأشار 41٪ من الأطباء الإحالة إلى مركز مرض السكري و 82٪ من الأطباء لم يسبق أو تلقى نادرا الرد على الإحالة.

وكانت العوامل الظرفية التي أثرت على درجة تنفيذ الأنشطة من الهيكلية والعلائقية والبيئية

البحث عن موارد أضافية وتدريب فرق الرعاية ألصحية والتنسيق بين ألمستويات و وتنفيذ نظام شبكات المعلومات في المستشفى و مرافق الرعاية الصحية الأساسية هي من بين الطرق الرئيسية لتحسين تنفيذ الأنشطة الرامية إلى تحسين جودة الرعاية لمرضى السكري

كلمات التقييم التنفيذ الرعاية الصحية الأساسية ,مرض السكري من النوع2

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION…….... 1

METHODE…… 3

1. Présentation générale de l'étude……. 3
2. Schéma d'étude……. 3
3. Contexte de l'étude…… 3
4. Population étudiée…….. 3
5. Mesure…….. 4
6. Circuit de l'information……. 4

RESULTAT…… 8

1. Caractéristique des participants à l'étude……..... 8
2. Degré de mise en œuvre…….. 8

2.1 Disponibilité des médicaments et fongibles…….. 8

2.2 La mise en place du système de dépistage…… 9

2.3 Le renforcement des connaissances du personnel de santé….. 9

2.4 Développement de l'éducation thérapeutique des diabétiques 11

2.5 Réorganisation de la filière de soins des diabétiques…… 12

3. Les facteurs influençant le degré de mise en œuvre des activités 13

3.1 Obstacles…….. 13

3.2 Facteurs facilitant……. 16

DISCUSSION…… 17

PROPOSITIONS POUR L'ACTION…… 24

BIBLIOGRAPHIE……. 27

ANNEXE……

LISTE DES TABLEAUX :

TABLEAU I	Disponibilité des ressources dans les ESSB de la province de Kénitra	8
TABLEAU II	Relation entre le milieu et certaines variables	9
TABLEAU III	Influence de la formation sur certaines variables	10
TABLEAU IV	Développement de l'éducation thérapeutique dans les ESSB de la province de Kénitra	11

LISTE DES FIGURES :

FIGURE 1	Evolution de l'incidence et prévalence du diabète pour 1000 h 2007-2011	2
FIGURE 2	Degré d'implantation des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques.	13

LISTE D'ABREVIATION ET SIGLES

ADO	Antidiabétiques oraux
CSC	Centre de santé communal
CSU	Centre de santé urbain
CRD	Centre de référence de diabétologie
DELM	Direction d'épidémiologie et de lutte contre les maladies
ESSB	Etablissements de soins de santé de base
ET	Education thérapeutique
GCBH	Gharb Chrarda Bni Hssen
HbA1c	Hémoglobine glyquée
IDF	Fédération internationale de diabète
IST	Infections sexuellement transmissible
MG	Médecins généralistes
PEC	Prise en charge
RAMED	Régime d'assistance médicale (aux populations démunies)
SIAAP	Service d'infrastructures d'action ambulatoires provincial

INTRODUCTION

Le diabète constitue un grand enjeu de santé publique, c'est un facteur important de morbi-mortalité qui engendre de lourdes conséquences socioéconomiques.

En 2011, le diabète touche 366 millions de personnes dans le monde et il est responsable de 4.6 millions de décès.[1] 80% des diabétiques vivent dans des pays à faible et moyen revenu et 50% ne sont pas diagnostiqués et risquent de découvrir leur maladie au stade de complications dégénératives.

Le nombre de diabétiques est en hausse, il sera de 552 millions de personnes d'ici 2030.

Le diabète a coûté au moins 465 milliards de dollars US de dépenses en soins de santé en 2011 soit 11% des dépenses totales en soins de santé des adultes (20-79ans).

La prévalence du diabète est estimée à 9,4% dans la région de la Méditerranée Orientale et du Moyen-Orient.

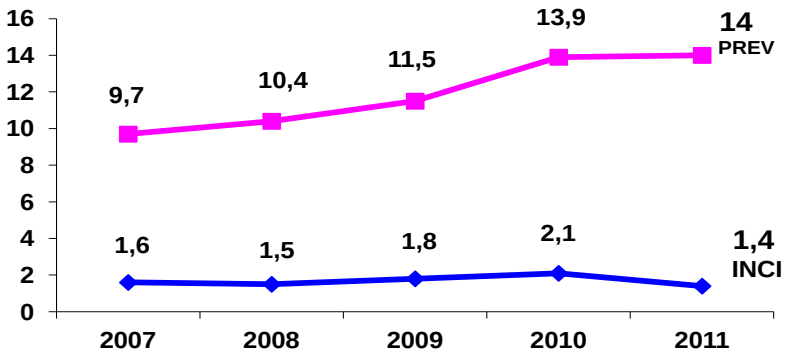
Au Maroc,[2] la prévalence du diabète est de 6,6 ±1,2% (chez la population de 20 ans et plus) soit environ 1.300.000 diabétiques (918.000 à 1.458.000). Selon les projections de la Fédération internationale de diabète(IDF) cette prévalence atteindrait 9.1% en 2025 soit 2.396.000 [3]

Conscient de ce nouveau défi, le Ministère de la Santé a développé la stratégie nationale 2010-2015 de prévention et de contrôle du diabète et ce en conformité avec l'approche adoptée sur le plan International.

L'objectif général de cette stratégie est de contribuer à la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications.

Elle repose sur six axes: le renforcement de la prévention primaire, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du diabète et de ses complications, la mise en place d'une stratégie de communication, la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation, le développement d'une stratégie de partenariat, et la promotion et développement de la recherche.

Au niveau de la province de Kénitra, le nombre de diabétiques suivi au niveau des établissements de soins de santé de base (ESSB) était de 14303 soit une augmentation de la moyenne des cas pris en charge 12% durant les cinq dernières années. La prévalence enregistrée était de l'ordre de 1.4%. 1819 nouveaux cas ont été enregistrés soit une incidence enregistrée de 1.8% (voir graphique n°1) (qui est en deçà des chiffres revus par l'enquête nationale). 24% présentaient des complications.



Graphique n 1 : *Evolution de l'incidence et prévalence du diabète pour 1000 h 2007-2011*

Aussi nous avons soulevé lors de notre diagnostic organisationnel du SIAAP de Kénitra, un dysfonctionnement notable dans la prise en charge des diabétiques. En effet, un centre de santé urbain n'a dépisté que 2 nouveaux cas de diabétiques durant l'année 2011 (pour une population de 33466 personnes) , la déclaration des complications faisaient défaut, la non disponibilité du système d'information, il n'y avait pas de séance d'éducation thérapeutique, nous avons assisté à la réclamation des antidiabétiques oraux (ADO) par les diabétiques type 2, les médecins de certains ESSB rapportaient l'absence de contre références et l'absence de consultations spécialisées dans le centre de référence des diabétiques (CRD).

Une évaluation de l'implantation des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques au niveau des ESSB permettra de porter un jugement sur cette mise en œuvre ce qui aidera à la prise de décision adéquate au niveau local et national.

En effet il est peu logique de prévoir qu'une intervention produise les effets escomptés à moins de savoir s'elle fonctionne conformément au concept planifié. De ce fait, et avant d'évaluer les effets, il est nécessaire de connaître le degré de la mise en œuvre car il importe que les décideurs aient l'information sur ce qui est à l'origine de la production des effets observés ou de l'absence d'effets afin de déterminer la direction à prendre pour l'action.

Aussi, cette étude permet de renforcer les compétences du bon gestionnaire de programme de santé qui doit avoir le souci de savoir les insuffisances d'implantation de son programme qui risquent d'impacter la production de ses effets.

Nous avons jugé pertinent de mener une étude mixte pour évaluer le degré de mise en œuvre des activités relatives à l'amélioration de la qualité de prise en charge du diabète et de ses complications et de déterminer les facteurs contextuels qui influencent cette mise en œuvre au niveau des ESSB de la province de Kénitra.

METHODE

1. Présentation générale de l'étude

Notre étude consistait à faire une évaluation de mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de prise en charge des diabétiques type 2, couvrant une période de 3 mois (Mars, Avril, Mai de 2012). Pour atteindre les objectifs de l'étude un devis mixte a été réalisé. Il s'agit d'une recherche synthétique de type étude de cas unique imbriquée (avec plusieurs niveaux d'analyse). Le cas unique dans notre étude était la province de Kénitra; le niveau de conformité entre le projet des activités d'amélioration de la qualité de prise en charge des diabétiques type 2 et sa version opérationnelle a été apprécié au niveau des ESSB de la province de Kénitra, les facteurs explicatifs étaient analysés à plusieurs niveaux: opérationnel, tactique et stratégique.

2. Contexte de l'étude :

Notre étude a touché tout le territoire géographique délimité par la province de Kénitra (3253km^2). La population totale est de 988 000 habitants dont 44.43% en milieu rural. Le réseau de soins de santé de base est constitué de 10 centres de santés communales (CSC), et 24 centres de santé urbains (CSU). 90 médecins généralistes exercent au niveau des ESSB.[4]

L'évaluation de mise en œuvre s'attacherait davantage aux processus, aux composantes et au fonctionnement du programme dans une perspective de vérification de la conformité.[5]

3. La population

Notre population cible était constituée des: gestionnaires, médecins généralistes et diabétiques.

L'unité d'analyse était représentée par les activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques type 2 au niveau des ESSB.

Les unités d'observation étaient représentées par les personnes impliquées dans l'implantation des activités d'amélioration de la qualité de prise en charge (PEC) du diabète et de ses complications au niveau provincial à savoir, le responsable du programme national de contrôle et prévention du diabète au niveau de la Direction d'épidémiologie et de lutte contre les maladies (DELM), le directeur régionale de la santé du Gharb Chrarda Bni Hssen (GCBH), le délégué provincial du Ministère de santé de Kénitra , l'administrateur économe provincial, le directeur du centre hospitalier régional du GCBH, le pharmacien provincial, le médecin chef du

SIAAP, l'animatrice du programme de contrôle et de prévention du diabète, le médecin chef et l'infirmier chef du centre de référence de diabétologie (CRD) de Kénitra, les médecins chef et les infirmiers chefs des ESSB visités , les médecins présents le jour de notre passage dans les ESSB, les équipes soignantes et les diabétiques types 2.

4. Mesures

1. Variable dépendante:

Le degré d'implantation ou de mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de PEC du diabète et de ses complications dans les ESSB de Kénitra.

2. Variables indépendantes*:*

Elles sont représentées par les facteurs susceptibles d'impacter positivement ou négativement le degré d'implantation de notre intervention. Nous avons choisi:

- Le support accordé par les gestionnaires stratégiques à l'intervention.
- Le degré d'attention apportée par les décideurs tactique à l'intervention.
- Le degré de cohérence entre les caractéristiques de l'intervention et les intérêts poursuivis par les acteurs clefs.
- La disponibilité des ressources.

5. Circuit de l'information :

Plusieurs instruments de mesures ont été combinés dans notre étude. Les informations recueillis pour notre étude provenaient de cinq sources: 1) la documentation concernant le programme, bilan annuel; 2) l'observation non participante au niveau de 04 ESSB deux des plus performants et deux des moins performant dont un en milieu rural à l'aide d'une grille d'observation (annexe n°1);2) les entretiens avec les usagers utilisant des grilles d'entretiens(annexe n°2); 3) le questionnaire (annexe n°3) pré-testé et auto-administré à 77 médecins généralistes des ESSB (disponibilité des ressources, information et formation sur le diabète, dispensation du programme, filière du soins, contraintes et suggestions); 4) les entretiens semi dirigés avec 8 équipes soignantes en milieu urbain et rural (voir annexe n 4:); 5) 13 entretiens semi-dirigés avec les gestionnaires au niveau opérationnel, tactique et stratégique (présentations des résultats préliminaires, innovations locales, obstacles, facteurs facilitant, pistes de solution).

L'étape préalable à l'évaluation du degré de mise en œuvre des activités relative à l'axe d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques et de leurs complications au niveau des ESSB était l'élaboration du modèle logique ou

théorie de l'intervention qui est une explication structurée des postulats sur lesquels s'appuie une intervention. Il s'agit de préciser le raisonnement qui sous-tend la production des effets. Autrement dit, ce modèle devrait permettre une compréhension commune des ressources allouées au programme, des activités planifiées ainsi que des résultats attendues.[6]

Le modèle logique a été élaboré à partir de la revue de la documentation du programme (voir annexes n°5, 6, 7).

Le questionnaire auto-administré comportait des questions ouvertes et fermées à choix multiples, il a été bâti à la lumière de la fiche technique du programme de prévention et contrôle du diabète 2010-2015, la fiche technique d'implantation du système de dépistage du diabète au niveau des ESSB, le système d'information du diabète, la circulaire ministérielle N139 du 02/09/10 relative à l'amélioration de la qualité de PEC des maladies chroniques au niveau des ESSB.

Le questionnaire a été testé auparavant au près de 4 médecins pour apprécier le degré de compréhension des questions, reformuler les phrases inappropriées et éliminer toute ambiguïtés dans la compréhension des termes utilisés.

Les grilles d'entretiens ont été construites à la lumière de la revue de la littérature, de l'analyse des données des questionnaires et de l'observation non participante de certains ESSB pour une meilleure compréhension du contexte et des facteurs mis en jeux. Elles étaient pré-testées auprès de 3 gestionnaires répondants au même critère que les participants.

Le nombre des entretiens est arrêté à l'atteinte de la saturation des données.

Les participants ont été invités par téléphone ou en face à face pour participer de façon volontaire à la recherche, ils ont accordé des entretiens de 45mn à 1h30.

L'entretien avec les diabétiques portait sur leurs connaissances, et expérience aves leur maladie et leur prise en charge.

L'ensemble de ces sources ont permis de répondre à toutes les questions de recherche et de comparer les points de vue des différents acteurs.

Les questionnaires ont été distribués par nous même pour tous les MG présent le jour de l'enquête au niveau de tous les ESSB médicalisés de la province de Kénitra, en leur expliquant l'objectif de notre étude, la façon de remplissage, pour les récupérer dans un délai de 2 semaines.

Pour assurer le traitement et l'analyse des données, les questionnaires remplis ont été vérifiés pour éliminer les incohérences et pour coder et saisir sur un masque de

saisie pré établi sur le logiciel Epi Info. A fin de structurer l'analyse des données, des tableaux d'analyse ont été établis pour faciliter l'exploitation des données issues du questionnaire malgré les difficultés rencontrées principalement celles liées aux formulations générales utilisées pour les questions ouvertes**.**

Le matériel a été enregistré avec l'accord des participants, les éléments de confidentialité et d'anonymat ont été assurés. Le matériel a été retranscrit intégralement.

Les règles éthiques ont été respectées; le consentement libre et éclairé, l'anonymat des répondants, la confidentialité des réponses individuelles, demande d'autorisation de citer des passages de l'entretien, et le droit de refus.

La synthèse des éléments issus des sources d'information utilisées a permis d'en discuter la concordance ou la divergence.

Les données quantitatives transcrites sur le logiciel épi-info sont traitées à partir d'une analyse d'abord descriptive en calculant la distribution de fréquence des réponses, des moyens pour les variables quantitatives et des analyses croisées (risque relatif RR) permettant d'effectuer des tests statistiques.

L'analyse du contenu a commencé par un dépouillement vertical en codant l'ensemble des données de l'entretien, puis un dépouillement horizontal des données des différents entretiens, catégorisation puis classement par thèmes de tous les éléments jugés pertinents selon leurs fréquence dans le corpus et leurs liens avec les facteurs contextuels en rapport avec l'implantation des activités.

RESULTAT

1. Caractéristiques des participants à l'étude:

Soixante et onze questionnaires ont été récoltés auprès des médecins généralistes des ESSB de la province soit un taux de réponse à 92%, 58% des MG étaient de sexe féminin, l'âge moyen était de 45±7.5 ans avec un mode à 39 ans; 73% exerçaient en milieu urbain, l'ancienneté moyenne était de 16±6.8 ans .77% des MG avaient une ancienneté supérieur à 10 ans.34% était des médecins chef de la structure.

Treize entretiens étaient réalisés auprès des gestionnaires: 4/13 de sexe féminin, 9 médecins, 3 infirmiers, un administrateur économe et un pharmacien.

Huit entretiens étaient réalisés avec l'équipe soignante en milieu urbain et rural: 8 médecins et 8 infirmiers.

Vingt cinq entretiens étaient réalisés avec les diabétiques type 2: 72% de sexe féminin, l'âge moyen était de 47ans, 3 célibataires, 11 mariés, 7 divorcés et 4 veuves. 7/25 résidaient en milieu rural, 12/25 sans niveau d'étude, 11 primaires, 2 secondaires, 3 avaient une couverture médicale.

2. Degré de mise en œuvre

2.1. Disponibilité des médicaments et fongible

Tableau I : Disponibilité des ressources dans les ESSB de la province de Kénitra

Ressources	%
- Appareil à tension	98
- Insulines	89
- Lecteur de glycémie	93
- Bandelettes, (glycémie, glycosurie, acétonurie)	69
- Système d'information	25
- Antidiabétiques oraux	17

En ce qui concerne la disponibilité des ressources (voir tableau I), il n'y a pas une relation statistiquement significative entre la disponibilité des ressources et le milieu. (Voir tableau II)

Quant au système de traçabilité des médicaments, la majorité des MG déclaraient qu'il est mis en place dans les ESSB de la province (93% des cas).

Tableau II : Relation entre le milieu et certaines variables

	Milieu d'exercice			
	Urbain N (%)	Rural N (%)	RR	IC 95%
Disponibilité du lecteur de glycémie	44 (86,3)	16 (84,2)	1.0	0.8 - 1,3
Présence de cellule de pec du diabète	36 (70.6)	3 (15.8)	4.5	1,6 - 12,8
Activité d'accompagnement et de supervision	29 (56.9)	6 (31.6)	1.8	0.9 - 3,6
Début de l'insuline chez diabète type 2 lorsque c est indiqué	36 (72)	11 (57,9)	1.2	0,8 - 1,9
Présence de programme d'éducation thérapeutique	43 (82,7)	11 (57,9)	1.4	0,9 - 2,1
Formation des relais	24 (46,2)	6 (31,6)	1.5	0,7 - 3,0
Présence de classe de diabétiques	27 (52,9)	3 (15,8)	3.4	1,2 - 9,8

2.2. La mise en place du système de dépistage

Malgré que l'ensemble des médecins généralistes connaisse le rôle du dépistage seulement 45% proposaient le dépistage systématique chez la population à risque. La plupart des diabétiques affirmaient que le médecin ne leur a pas demandé de faire un dépistage chez leur proche de premier degré.

Les MG déclaraient n'avoir reçu le matériel pour faire le dépistage qu'en début de l'année 2012.

«*Nous ne le faisons que si les usagers du centre le demander ou lors des compagnes de dépistage***»**

2.3. Le renforcement des connaissances du personnel de santé

La formation des MG sur la thématique n'était que de 53% dont seulement 51% se considéraient satisfaits. Les principales critiques à cette formation concernaient la durée courte, le contenu qui portait sur ce qui est purement théorique sur la pathologie et non pas sur la pratique de PEC des diabétiques, ce qui n'était pas en accord avec leurs attentes. Aussi les formateurs n'avaient pas une culture «santé publique», ils n'avaient pas de compétence pédagogiques ni de communication; ils n'avaient pas d'éléments de réponse sur l'éducation

thérapeutiques. Les MG souhaitaient d'ailleurs un guide de l'éducation thérapeutique.

Tableau n III : Influence de la formation sur certaines variables

	Formation en matière du diabète		RR	IC 95%
	Oui	Non		
	N (%)	N (%)		
Connaissance du plan stratégique	23 (56.1)	16 (53,3)	1.1	0,7 - 1,6
Réception du guide du diabète	20 (48,8)	11 (36,7)	1,3	0,8 - 2,3
Proposition systématique du dépistage	22 (55)	16(55,2)	0.9	0,6 - 1,5
Début de l'insuline chez diabétiques lorsque c est indiqué	28 (70)	19 (65,5)	1.1	0,8 - 1,5
Présence de programme d'éducation thérapeutique	31 (75,6)	23 (76,7)	0.9	0,8 - 1,3

Soixante pour cent des MG suivaient les logigrammes thérapeutiques et commençaient le traitement par l'insuline, il y a une différence statiquement significative selon l'âge (p value à 0.56). 51% examinaient toujours leurs patients, 94% faisaient l'examen des pieds de leurs patients, 37% demandaient systématiquement l'HbA1c et le bilan annuel. 42% remplissaient toujours les supports d'information.

Les médecins qui ont déclaré le non suivi des logigrammes thérapeutiques expliquaient cette conduite soit par leur méconnaissance vu la non disponibilité du guide ou du médicament pour l'appliquer, ou parce qu'ils étaient satisfaits de l'ancien protocole, qu'ils avaient leurs propre protocole, ou qu'ils suivaient les nouveautés scientifiques.

Les MG étaient peu satisfaits du système d'information concernant le diabète dans 77% des cas, ils le considéraient chargés en information répétitive, encombrant, lourd, non adaptés ce qui les a démotivé de l'adopter.

«Je ne demande pas de bilan initial, car comment tu peux demander à quelqu'un d'aller voir le néphrologue ou le cardiologue, alors qu'il n'a même pas accepté sa maladie, et le changement des habitudes alimentaires» (MG, 41 ans).

L'observation directe du déroulement de la PEC des diabétiques durant toutes les étapes, de l'accueil jusqu'à la prise de traitement nous a permis de remarquer qu'il n'y avait pas de circuit particulier des malades diabétiques, ils suivaient le chemin des autre malades, la durée moyenne de consultation était de 7min, le temps d'attente variait entre 30 min et 1h30 min. La surveillance du poids et de la TA se faisait systématiquement pour chaque diabétique. La mesure de l'acuité visuelle ne se faisait pas ; le remplissage de la fiche individuel n'était pas accompli, ils ne

remplissaient que le registre et le carnet des diabétiques, la fiche de référence-contre référence était utilisé dans un seule centre des quatre.

Le passage chez le médecin n'est pas systématique surtout en milieu rural, malgré l'existence d'un planning de consultation des diabétiques, il n'est pas respecté par les malades qui pouvaient venir chaque jour.

Quant aux diabétiques, ils estimaient que le délai d'attente était long pour avoir accès au médecin, le MG ne prenait pas le temps de poser toutes les questions concernant leurs problèmes de santé.

Les diabétiques préféraient faire le bilan biologique et dégénératif au privé vu le long délai des rendez-vous au niveau du centre de diagnostic. D'ailleurs ils ne faisaient pas le bilan d'une façon systématique vu le cout élevé par rapport à leurs moyens financiers qui demeuraient limités.

«Je préfère acheter le médicament que de faire le bilan» (diabétique, 36 ans).

2.4. ***Développement de l'éducation thérapeutique des diabétiques:***

Les MG déclaraient avoir un programme d'éducation thérapeutique (voir tableau 2), mais qu'il n'est respecté vu le nombre élevé de la population cible, le manque de personnel et d'espace. Il n'y a pas de lien entre la formation et la dispensation de l'éducation thérapeutique.

Les classes de diabétiques existaient surtout en milieu urbain; cette différence entre milieu est statistiquement significative avec un RR à 3.35.

Tableau IV : Développement de l'éducation thérapeutique dans les ESSB de la province de Kénitra

Composante de l'éducation thérapeutique	%
- Programme d' ET	76
- Formation des relais	
- Classe des diabétiques	42
	57

Effectivement, un centre des 4 observés avait une salle réservée pour l'éducation thérapeutique avec un planning, l'équipe du centre ont confectionné des supports éducatifs simplifiée pour animer les séances éducatifs.

Dans un autre centre c'était plutôt une éducation individualisé, le MG proposait et négociait des objectifs avec ses malades selon leur niveau d'équilibre glycémique et leur âge.

Les tâches que les MG déléguaient à l'infirmière dans le suivi des diabétiques se limitaient à l'accueil et l'enregistrement, la prise du poids, de la taille, de la tension artérielle, de la glycémie capillaire et la gestion des médicaments. Rare sont ceux qui ont parlé de l'éducation sanitaire, technique d'injection d'insuline, mode d'emploi du traitement.

Cependant les entretiens avec les diabétiques montraient une insuffisance manifeste dans leurs connaissances sur l'origine du diabète, les signes de la maladie et des complications aigues, les recommandations diététiques de base, l'hygiène corporelle et surtout comment entretenir leur pied, les sites d'injections d'insuline. 4 des 25 interviewés avaient un lecteur glycémique pour faire l'autocontrôle. Aussi ils ne respectaient pas les recommandations alimentaires. Les diabétiques affirmaient le respect de leur traitement, toutefois ils recouraient à d'autres moyens comme la médecine traditionnelle.

«Pour le petit déjeuner je prends chaque jour 7 dattes» diabétique, 70 ans.

Les diabétiques ont particulièrement apprécié les séances d'éducation thérapeutique dans le centre de santé observé et qui répondaient à leurs attentes.

L'entretien avec les équipes soignantes démontraient qu'il existait une demande de soutien régulier dans la gestion de la maladie qui affectait bien des aspects de la vie quotidienne.

2.5. Réorganisation de la filière de soin des diabétiques

Cinquante six pour cent des MG des ESSB déclaraient qu'ils disposaient d'une cellule de PEC du diabète surtout en milieu rural, il y a une différence statistiquement significative selon le milieu (RR: 4.5).

Globalement l'individualisation de la consultation des diabétiques a été bien accueillie par les patients qui ont apprécié que l'on s'intéressait à eux.

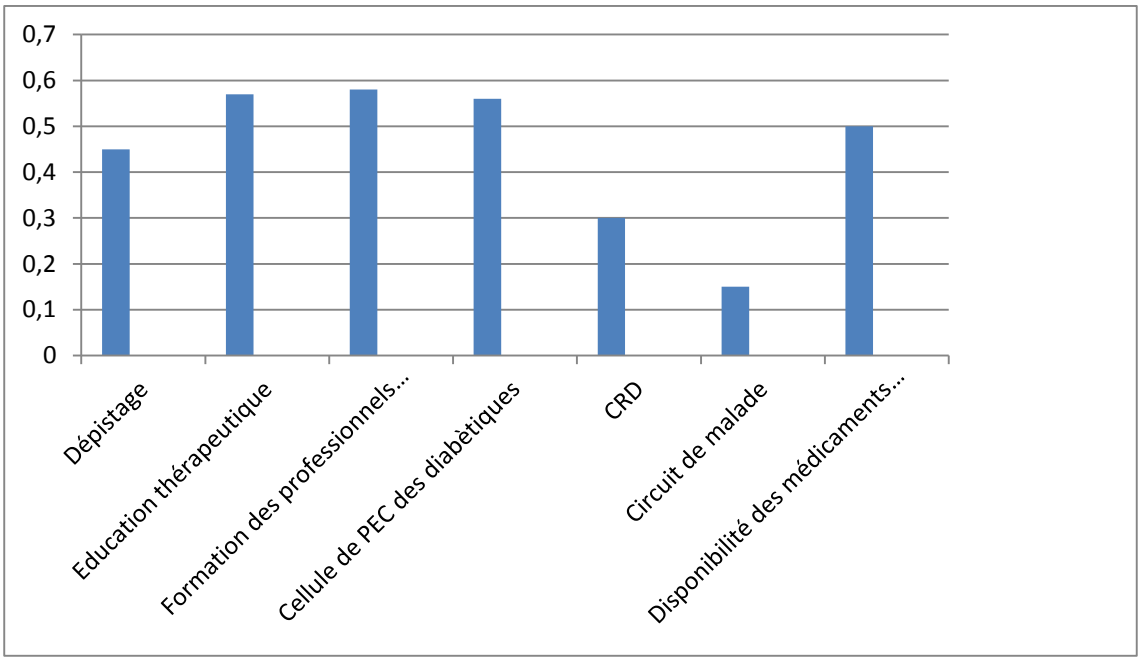
«Avant, je visitais le centre de santé X juste pour avoir le médicament, il m'arrivait même d'envoyer quelqu'un pour me chercher le médicament, mais avec cette consultation et avec l'arrivée du Dr Y à ce centre de santé, tu sens qu'il ya quelqu'un qui t'écoute, et te comprend, qu'il faut faire des bilans, je préfère être suivi par mon médecin du centre» (diabétique, 40 ans)

Le centre de santé intégré My Hassan a été aménagé et équipé pour jouer le rôle de CRD où le bilan biologique se faisait d'une façon discontinue vu la non disponibilité des cassettes réactives de l'Hb 1Ac. Par ailleurs, il n'assurait pas la consultation spécialisée.

L'équipe mobile n'intégrait toujours dans son paquet d'activité le dépistage et le contrôle du diabète que dans 12% des cas, l'éducation thérapeutique dans 23% des cas et la référence des cas dans 47% des cas.

Quarante et un pour cent des MG référaient au centre de référence de diabète et 82% des MG n'avaient jamais ou rarement reçu la contre référence.

L'histogramme suivant résume schématiquement le degré d'implantation des différentes activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques au niveau des ESSB de la province de Kénitra.



Graphique 2 : Degré d'implantation des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques

3. Les facteurs influençant le degré de mise en œuvre des activités:

3.1. Éléments relatifs à la disponibilité des ressources :

Dans l'ensemble, il existe un fort consensus entre les différents intervenants quant à leur perception de certains obstacles.

Le premier obstacle est relié au manque de ressources humaines et financières. Ils déploraient le manque de lignes budgétaires réservées aux activités du programme.

Dans l'ensemble, des retards importants dans la capacité de l'implantation des activités de l'éducation thérapeutique de part l'absence des structures offrant la possibilité de la réalisation des séances, le manque de formation, le manque de

matériel et surtout le manque de personnels. Ces retards réduisaient la capacité d'assurer la qualité des services et l'adéquation aux besoins des diabétiques.

«*Un problème de ressource financière, si le département à su subvenir le besoin en insuline, nous avons toujours un problème en matière d'ADO et le suivi métabolique des patients ou le bilan dégénératif, il faut avoir un budget conséquent à cela*».

3.2. Le support accordé par les gestionnaires stratégiques à l'intervention

Avant le démarrage des activités sur le terrain, il y avait une formation en cascade des personnels de santé de la province. De même, le niveau stratégique, a adressé des circulaires ou des notes de service aux régions et délégations afin d'assurer la bonne gestion des médicaments, la mise en place du CRD, la constitution d'une commission pour la gestion des médicaments, ou pour la mise en place d'une consultation dédiée aux diabétiques.

Le niveau stratégique assurait la disponibilité d'une partie de l'insuline, du matériel médico-technique et des fongibles.

Quant à la disponibilité de l'hémoglobine glyquée, le programme ne pouvait l'assurer qu'à 15% du nombre total des diabétiques malgré la nette augmentation du budget alloué à son achat.

Le niveau stratégique venait d'initier le programme d'éducation thérapeutique en élaborant un référentiel thématique. Mais par manque de budget, la formation des professionnels de santé et des personnes relais n'est pas encore réalisée.

La DELM déléguait une enveloppe budgétaire à la région pour l'impression des supports d'information. Cependant ce budget était insuffisant pour répondre au nombre de diabétiques recensé dans la région.

Lors des entretiens, les équipes soignantes manifestaient leurs besoins d'être soutenues par un accompagnement et l'évaluation de l'état d'avancement des activités sur le terrain par le niveau supérieur. En effet, la supervision s'est faite juste pour 50 % des cas au début pour le lancement du système d'information, cette supervision faisait défaut en milieu rural, ce qui a engendré une démotivation du personnel et un laissé aller :

«Certains programmes comme par exemple celui d'IST SIDA, viennent chez nous, font leur supervision et le suivi de leur programme, mais ils ont des partenaires internationaux qui demandent cela, ils ont leur indemnité pour leur déplacement. Mais les programmes nationaux ne font pas cela».

3.3. Le degré d'attention apportée par les décideurs tactique à l'intervention :

Un troisième obstacle a trait à l'instabilité des gestionnaires et leur intérêt aux activités.

Il y avait une initiative locale, au début de l'intervention, avec l'aide du tissu associatif pour la réalisation des activités d'éducation sanitaire au grand publique mais avortée vu le manque de soutien.

«Lorsqu'un gestionnaire est nommé au poste, il devait d'abord faire son diagnostic organisationnel, voir ses priorités, ce qui entraîne un retard dans la prise de décision, un leadership fluctuant jusqu'à ce qu'un lien soit créé avec le nouveau arrivant».

3.4. Le degré de cohérence entre les caractéristiques de l'intervention et les intérêts poursuivis par les acteurs clefs.

Nous avons identifié les parties prenantes qui ont eu une influence potentielle sur l'implantation des activités puis nous avons essayé de déduire à travers les entretiens les intérêts de chacun et leurs positions par rapport aux objectifs de l'intervention.

Le niveau stratégique était déterminé pour l'implantation des activités du programme. En effet la DELM a mis en place un certain nombre de mesures essentiellement la dotation en glucomètre et fongibles, et l'équipement du CRD

Le souci actuel de la planification de campagne de dépistage et de sensibilisation, ou l'achat du matériel pour la duplication du système d'information prouvaient le soutien du niveau tactique à l'implantation des activités

Toutefois l'intervention subissait une réticence de la part de certains gestionnaires surtout contre la création du CRD, même sur la pertinence des programmes verticaux et leurs intérêts.

« C'est un dilemme de gouvernance, d'un côté on incitait à la gratuité de la consultation dans le CRD, d'un autre côté le paiement dans le centre de diagnostic. »

Certains acteurs opérationnels avaient des stratégies fondamentales non conformes avec les objectifs de l'intervention dans l'ambulatoire.

En effet, les spécialistes avaient une perception du travail en ambulatoire comme une perte de temps, il y avait un désengagement de leur part.

Un autre acteur clef avait d'autre intérêt :

«J'ai mes charges personnelles, j'ai des projets de formation pour m'évoluer je ne veux pas avoir une surcharge de travail en faisant la consultation des diabétiques en plus des autres tâches».

La démotivation est l'élément commun partagé par les membres de l'équipe soignante vu le nombre important des activités à réaliser.

Finalement l'accessibilité temporelle et financière des diabétiques surtout en milieu rural représentaient un obstacle à la réalisation des activités; en effet les diabétiques ne respectaient pas les rendez-vous, n'acceptaient pas d'avoir une consultation l'après-midi, ils n'avaient pas les moyens pour faire les bilans demandées.

3.5. Facteurs facilitant:

En contrepartie, nous avons identifié des éléments facilitant.

L'insertion des activités du programme dans les ESSB étaient considérée parmi les priorités stratégiques au niveau de la province.

Il y avait des initiatives telles que la stratégie d'implication des communes et le conseil régional pour l'achat des ADO, la formation des MG sous forme d'un stage d'une semaine au niveau du CRD.

La baisse des prix par l'achat groupé centralisé, avec négociation avec les fournisseurs, a permis d'augmenter la quantité demandée des ADO.

Aussi l'avènement du RAMED était un catalyseur de la mise en place d'un certains nombre d'activité qui était en stand-by tels que l'individualisation de la consultation des diabétiques, la filière de soin.

La relation malade-équipe soignante faciliterait l'adhésion des diabétiques aux activités du programme.

«À force de la confiance des patientes, elles peuvent revenir demander mon avis sur la prescription du médecin spécialiste».

DISCUSSION

L'objectif de notre étude n'était pas de statuer sur l'efficacité de la stratégie, mais plutôt de cerner les changements survenus dans ses processus en rapport avec les conditions contextuelles, les acteurs clefs de la mise en œuvre et les imprévus qui ont influencé son exécution.

L'observation directe, le questionnaire, la consultation des données de la province nous ont permis de dresser un constat quant à l'écart existant entre les activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques type 2 planifiée et celles implantées, certains éléments prévus faisaient défaut.

L'entretien avec les gestionnaires nous a permis de combler partialement le manque d'information à l'égard des facteurs contextuels liés à l'implantation des activités.

La disponibilité des ressources, le degré de cohérence entre les caractéristiques de l'intervention et les stratégies des acteurs sont des enjeux importants pour l'implantation des activités.

En général, les observations rapportées dans la revue de la littérature soutiennent les constats issus des entretiens des gestionnaires. Le manque de ressources financières et humaines, la surcharge de travail des médecins, la résistance au changement des professionnels ont ainsi été rapportés. En contre partie, certains éléments facilitant comme le soutien des gestionnaires et la présence de leadership [7]

Défis de méthode :

L'administration et la récupération des questionnaires de tout les ESSB de la province étaient difficile vu l'étendu de la province, il a fallu procéder à la relance auprès des médecins pour la récupération des questionnaires (oubli, perte du questionnaire).

Il y avait un biais de désirabilité sociale lors des observations.

Un autre défi représentait par le refus de l'enregistrement auprès de certaines personnes ressources malgré la relation de confiance (perçu comme une procédure menaçante d'une sanction).

La sollicitation auprès des gestionnaires ne permettant pas une planification des entretiens avec rigueur, obligation d'ajourner les rendez-vous à plusieurs reprises.

Quelques entrevues avaient des séquences entrecoupées par des interruptions.

L'ensemble de ces défis ont été surmontées et nous jugeons que les résultats obtenus sont représentatifs.

Forces et limites :

La reconnaissance de l'étude de cas repose principalement sur la forte validité interne de ses résultats [8]

Nous avons renforcé la validité interne par la triangulation de méthodes, de source et de données et par l'adoption du modèle théorique pour expliquer les relations entre les variables.

La validité externe à accroitre par le principe d'explication, fondement théorique de la généralisation.

1. Disponibilité des ressources

La dotation en insuline subvenait en majorité aux besoins des diabétiques suivis dans les ESSB.

Quant au système d'information, c'est un outil qui est incontournable pour la prise de décision pour pouvoir agir soit au niveau central ou déconcentré. Il faudrait songer à son informatisation.

De même, vue l'insuffisance en médecins spécialisés, une formation des médecins du CRD sur la lecture de l'ECG, la pratique du fond d'œil pourrait constituer une alternative et permettrait d'utiliser le matériel disponible et répondre à un besoin imminent.

Les acteurs locaux devraient s'ouvrir sur leurs environnements pour pouvoir avoir les ressources additionnelles notamment celles nécessaires pour le suivi métabolique particulièrement l'hémoglobine glyquée.

En formant des partenariats avec des organismes communautaires, on peut parvenir à améliorer l'accès à certaines ressources et leur capacité, à mettre au point des interventions qui répondent à des besoins non comblés et à générer une alliance plus forte pour défendre des politiques visant à améliorer les soins aux patients.[9]

2. La mise en place du système de dépistage :

Le centre de santé fourni un paquet d'activité parmi ce paquet d'activité il y a la PEC des maladies chroniques. Les professionnels de santé devraient être sensibilisés pour qu'ils donnent plus d'importance aux diabétiques même si chaque programme veut appliquer ses activités concrètement, ce qui est parfois difficile, car un centre de santé à une structure avec des salles limitées.

3. Le renforcement des connaissances du personnel de santé

La seule diffusion des lignes directrices n'a que peu de répercussions positives sur les soins si elle n'est pas accompagnée de formation continue offerte au moyen de méthodes approuvées. [9]

La mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de prise ne charge des diabétiques type 2 implique un changement de la pratique des professionnels d'où l'importance de les former et les mobiliser pour l'amélioration de cette prise en charge.

4. Développement de L'éducation thérapeutique des diabétiques:

76% des médecins déclaraient avoir un programme d'éducation thérapeutique. Le questionnaire ne visait pas à explorer la définition des MG de l'éducation thérapeutique. Dans une enquête dans l'Indre et dans le Loiret en 2006, [10] 97% des médecins généralistes disaient pratiquer l'éducation thérapeutique, mais les auteurs observaient que les médecins en avaient une définition renvoyant dans plus de la moitié des cas à un enseignement concernant les savoirs, et beaucoup plus rarement à des apprentissages de savoir-faire, à un partenariat ou au renforcement de l'autonomie du patient vis-à-vis de la maladie.

Au-delà des freins « classiques » à la mise en œuvre d'une démarche éducative (manque de temps et manque de professionnels et structures relais, qui cachent peut-être une méconnaissance de l'offre éducative), les médecins expriment la volonté de se former pour proposer et négocier des objectifs, identifier les besoins des patients et apporter une information adaptée et un savoir-faire utiles à la mise en œuvre d'une démarche éducative individualisée, points encore rarement abordées dans leur formation initiale.[11]

La plupart des MG ont limité les tâches délégués à l'infirmière à la gestion des médicaments, la prise du poids, taille et parfois la tension artérielle. La majorité des interventions touchant la prestation des soins viseront à accroître la participation des membres de l'équipe de soins qui ne sont pas médecins, à mieux définir les rôles de chacun et à déléguer certaines tâches essentielles à des personnes plus disponibles ou mieux formées.

Alors que pour soutenir la prise en charge autonome de façon continue, il faut recourir à des ressources tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé. Les professionnels de la santé doivent céder une partie de leur autonomie et de leur pouvoir décisionnel, certes, mais l'adoption d'une démarche concertée peut

améliorer la maîtrise de la maladie, l'engagement du patient et les résultats obtenus.[9]

Le patient atteint de maladies chroniques n'est pas un simple bénéficiaire de soins mais il a vocation à devenir un acteur actif de sa prise en charge. Ses comportements (observance médicamenteuse, style de vie, respect du parcours de soins) déterminent en grande part l'évolution de sa maladie. [12]

5. Réorganisation de la filière de soins des diabétiques :

56% des ESSB disposaient d'une cellule de PEC du diabète surtout en milieu urbain, il ya une différence selon le milieu.

La structure des établissements de santé limite la mise en place de ces mécanismes organisationnels.

En effet, la réorganisation des services de première ligne ne doit pas revêtir une seule forme et ne doit être indépendante du contexte dans lequel elle s'inscrit. Il n'existe pas de modèle unique à implanter, on doit laisser une grande latitude aux paliers régional et local dans l'implantation des activités (Pineault R et al 2005)[13]

Selon les gestionnaires consultés, des problèmes de désarticulation entre la première et la deuxième ligne de soins persistent toujours, et résultent en partie d'un manque d'institutionnalisation de la filière du soin et de référentiels de bonne pratique pour les diabétiques.

Les enjeux sont d'abord de nature clinique et humaine, en conséquence les fusions administratives fondées sur les structures freinent bien souvent la mise en place des réseaux.

D'autres contextes ont aussi rapporté des problèmes similaires quant à l'arrimage entre médecines générale et spécialisée, les deux étant souvent en compétition pour le suivi des patients. Le soutien aux praticiens de première ligne par les spécialistes est souvent limité et des problèmes de continuité des soins sont rapportés en l'absence de mécanismes de communication efficaces. [14]

La mise en place de la filière est avant tout un enjeu professionnel qui exige un soutien administratif assidu pour se concrétiser. La collaboration entre MG et spécialistes est un processus qui nécessite du temps, de la négociation, tenant compte des logiques professionnels des différents acteurs. En fait, nous avons observé que même la création de nouvelles structures tel que le CRD ne suffisaient pas à inciter les professionnels à collaborer.

6. Synthèse des obstacles et éléments facilitant:

Les résultats de l'étude peuvent se résumer en quoi l'implantation des activités d'amélioration de la qualité de la PEC des diabétiques représentait des contraintes tout d'abord structurel**,** les ressources allouées aux activités étaient insuffisantes (personnel, logistique), la formation des professionnels de santé était inadéquate, la contrainte d'accès des diabétiques à certains services (consultation spécialisé, bilan) ainsi qu'une prestation de service non uniforme entre les ESSB.

Aussi des contraintes relationnelles en rapport avec le degré d'adhésion des intervenants responsables de la mise en œuvre, la qualité de la communication, le manque d'accompagnement et l'existence d'opposant interne.

Toutefois l'influence de l'avènement du RAMED comme facteur environnementale politique externe était un élément facilitant qui a affecté positivement l'implantation des activités.

Certains auteurs (Barry (2005)[15] Berwik (2003) [16]) ont souligné l'importance ou ont recommandé certaines actions afin de réussir l'implantation d'un programme dans le domaine de la santé et des services sociaux. Parmi ces facteurs, on retrouve notamment: une bonne connaissance du programme; une bonne connaissance des objectifs, principes et mécanismes du programme; l'accessibilité aux ressources (humaines, temps et financement continu et à long terme); le dynamisme, l'enthousiasme et l'engagement de tous les acteurs; une définition claire du rôle de chacun des acteurs impliqués; l'accessibilité régulière à la formation, du soutien et de la supervision post-formation; la stabilité dans les équipes; le monitorage du programme et feedback; des priorités émises à long terme; le soutien politique et du milieu; une structure organisationnelle et un leadership fort qui assure la coordination, une bonne communication tant interne qu'inter organisationnelle, une collaboration et des contacts étroits ou des rencontres fréquentes entre les organisations et acteurs impliqués.

Le questionnement est comment assurer la disponibilité et la pérennité des actions telle que la consultation spécialisée au niveau du CRD et la gratuité du bilan réalisé à son niveau, la maintenance du matériel biomédical existant la couverture du besoin en médicaments antidiabétiques. A mon sens la délégation et la région peuvent avoir des projets dans le cadre de l'INDH avec une association et avec le BMH à la recherche de ressource additionnelles.

Dans une perspective structurelle, le rôle du gestionnaire se résume à celui de réorganisateur. Il opère des réorganisations pour répondre à de nouvelles

contraintes ou à des occasions résultantes de modifications importantes à certains facteurs situationnels. Il doit donc porter une attention particulière aux transformations qui se produisent au niveau de ces facteurs. Bien qu'il soit assez clair que les variables structurelles soient associées à la capacité d'implanter le changement, le succès de la manipulation de la structure de l'organisation dans le but spécifique de faciliter le changement. [17]

Les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre des activités quelles soient gestionnaires, professionnels de santé (MG, infirmière, diététicienne et spécialistes) ou diabétiques n'ont pas une perception uniforme des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques et poursuivent des objectifs personnels et/ou organisationnel différents. Le fonctionnement subirait l'influence conjuguée de ces trois acteurs selon leurs valeurs et leurs intérêts et leurs habilités. Les perceptions toucheraient notamment le rôle des acteurs à différents niveaux, les outils d'action, et même la théorie du programme.

L'opinion du patient joue un rôle de plus en plus important lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la qualité des soins et sur les réformes nécessaires à leurs améliorations. [18]

La communication entre les gestionnaires et les professionnels de santé d'une part et entre les professionnels de santé et la population d'une autre part en utilisant des canaux adaptés est une piste pour remédier à cette composante influente sur le degré de mise en œuvre de l'intervention.

A notre sens, l'adaptation mutuelle de l'intervention, acteurs et l'environnement est le socle de la réussite de la mise en œuvre. S'il y a des changements des attitudes des professionnels, du comportement des diabétiques et des modifications des méthodes de l'intervention pour correspondre aux besoins et intérêts des parties prenantes, les objectifs de l'intervention seront atteints. Toutefois la nature de l'adaptation dépendrait des conditions locales et du degré de soutien au changement autorisé par le niveau stratégique. L'exemple c'est l'initiation de stage pratique des MG au niveau du CRD ou la recherche de ressources additionnelles.

Le personnel assigné à de nouveaux programmes passe habituellement par des stades de compréhension et d'action qui permettent de déterminer l'état d'avancement de la mise en œuvre. Ces stades sont: la non-utilisation, l'orientation, la préparation, l'usage mécanique, la routine, le raffinement (*fine tuning*), l'intégration et le renouvellement.[5]

Le non respect des médecins et surtout des spécialistes des protocoles thérapeutiques pourrait être pallié par la publication des référentiels de bonne pratique du diabète.

La motivation des professionnels soit par des incitatifs, des réunions rapprochés périodiques pour leur donner de l'information, des supervisions formatives sur place avec des félicitations, ils se sentiront encadrer et appartenir à un corps.

PROPOSITION POUR L'ACTION

Dans le but de soutenir et d'accroître l'ensemble de ce processus, nous suggérons ces pistes d'amélioration :

- Considérant l'inexistence d'allocations budgétaires dédiées à certaines composantes aux interventions, nous estimons qu'il serait opportun que le ministère de la santé alloue les moyens pour leurs réalisations.
- Considérant la non implantation des activités d'éducation thérapeutique, nous recommandons l'initiation de mesures permettant la publication des guide d'ET et la formation des professionnels de santé et des personnes relais.
- Considérant l'importance du rôle joué par certains gestionnaires dans le processus de mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques, nous estimons judicieux d'initier ou de maintenir les activités de soutien et d'accompagnement des acteurs opérationnels jusqu'à l'atteinte de niveau d'implantation satisfaisants.
- Considérant la nécessité d'impliquer le réseau hospitalier dans la PEC des diabétiques nous estimons qu'il serait indispensable d'améliorer la coordination entre les deux réseaux par des mécanismes de communication efficaces
- Considérant les contraintes soulevées par les acteurs opérationnels quant au système d'information, nous suggérons la mise en place urgente d'un système d'information informatisé au niveau des ESSB et d'un système de monitoring au niveau hospitalier.
- Considérant les mentions faites dans les entretiens sur la non réalisation des bilans biologiques, nous estimons qu'il serait approprié de doter les ESSB en mini analyseurs.
- Considérant la rareté des moyens disponibles, nous jugeons le développement de partenariat et du plaidoyer une piste prometteuse de recherche de ressources additionnelles**.**
- Considérant la faible prévalence des diabétiques suivis au niveau des ESSB des campagnes de communication social sont à privilégier en visant à faire sensibiliser la population générale à la problématique du diabète en utilisant les canaux médiatiques larges.

CONCLUSION

Cette recherche évaluative visait à apprécier le degré de mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques type 2 au niveau des ESSB de la province de Kénitra et les facteurs contextuels l'influençant. Les résultats de l'étude ont permis de documenter les difficultés rencontrées sur le terrain pour l'exécution des activités planifiées donnant ainsi le moyen de contourner ou de résoudre les obstacles vécus ainsi que d'utiliser les facteurs facilitant.

Ceci étant, le bilan global du processus d'implantation réalisé a permis de mettre en évidence une grande variabilité du niveau de mise en œuvre des différentes activités, selon les informations recueillies.

En termes de facteurs qui ont influencé le processus de mise en œuvre des activités d'amélioration de la qualité de PEC des diabétiques type 2 nous avons noté que le leadership de certains gestionnaires a favorisé le processus d'implantation. Par contre l'absence de mécanismes formels de coordination entre niveaux et réseaux, implication de certains acteurs, la non disponibilité des ressources ont été les principaux facteurs qui ont limité le processus d'implantation de l'intervention. Etant donné que l'implantation n'est pas encore terminée de l'ensemble des activités, il serait éventuellement intéressant de procéder à une autre évaluation.

Les changements qui s'imposent pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques peuvent sembler impossibles à mettre en œuvre, mais avec un leadership fort, une gestion du changement efficace et une équipe dévouée, il est possible de créer un système dans lequel les patients atteignent leurs objectifs et vivent en santé malgré leur maladie chronique. [9]

Le changement au niveau local ayant ses limites, il importe de le compléter par des modifications au niveau systémique (institutionnalisation de la filière de soins des diabétiques), au niveau tactique, certains clefs facilitent la conduite du changement telle que les incitatifs financiers, un leadership persuadant, de l'expertise, et des activités de promotion de « l'esprit santé publique ». La formation appropriée des professionnels ainsi que le suivi de près favoriseraient l'harmonisation des pratiques et le développement de la collaboration et les encourageraient à l'adoption de l'intervention.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. IDF ATALS de diabète (5ème édition) 2011

2. Ministère de la Santé, l'enquête nationale sur la prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires 2000

3. IDF ATLAS de diabète (3ème édition) 2006

4. Région du GCBH, Monographie Sanitaire 2010

5. Chantal d'Auteuil, 2007, l'évaluation au stade de la mise en œuvre: une étape incontournable du processus d'évaluation de programme, http://www.enap.ca/crexe/docs/rapports_de_recherche/rapport_auteuil.pdf

6. Champagne F, Gagnon I, Balde T. Evaluation de l'implantation du continuum de services en prévention des chutes chez les ainés vivant à domicile. Rapport final. Presses de l'Université de Montréal. 2009.

7. Rundall TG et al. As Good as it Gets? Chronic Care Management in Nine Leading Us Physician Organisations. Bmj. 2002 ; 325 (7370): 958-61

8. Ayerbe C. : Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel, *Finance Contrôle Stratégie – Volume 10, n° 2, juin 2007, p. 37 – 62*

9. Moroz M.: La prise en charge de la maladie chronique Améliorer les soins prodigués aux patients souffrant de maladies chroniques : modèle de soins de longue durée. Juin 2007, CACRC volume 15, No 1

10. Bourit O. et Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine 2007; 3:229-34.

11. Buttet P, Fournier C. Prévention et éducation pour la santé, quels rôles pour les médecins et les pharmaciens ? In Gautier, dir. Baromètre Santé médecins / pharmaciens 2003. Saint-Denis (France): Inpes ; 2005

12. Bras PL Réorganiser les soins de premier recours: les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis. Prat Organ Soins. 2011;42(1):27-34

13. Pineault R et al. Collectif de recherche sur l'organisation de service de santé de première ligne au Québec: Rapport détaillé. Direction de santé publique Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal; 2005

14. LEVESQUE J-F : L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec Barrières et éléments facilitant. Décembre 2007

15. Barry, M. M., Domitrovich, C., & Lara, Ma. A. (2005). The implemention of mental health promotion programmes. *Promotion and Education*, 12, 30-36

16. Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-975.

17. Champagne F. La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Etude N° 39; 2002:15

18. Couillerot-Peyrondet.A-L, Midy. F, Bruneau. C. Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteints de maladies chroniques. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 59 (2011) 23-31

Annexe n°1: Grille d'observation du processus de PEC des diabétiques type 2 au niveau des ESSB

- Convenance de l'environnement physique
- Structure : accueil, salle d'attente ; banc ou chaise, orientation, intimité
- Circuit du malade, temps d'attente initial, temps d'attente après l'orientation, temps de contact
- Planning de consultation des diabétiques
- Disponibilité du personnel
- Disponibilité des médicaments ; logistique (rupture de stock, disponibilité des médicaments prescrits)
- Disponibilité du matériel pour le diagnostic
- Processus de soins et organisation de travail
    - ✓ Temps d'attente
    - ✓ Temps de contact
    - ✓ Accueil par l'équipe soignante
    - ✓ Humanisation : relation M-M, respect, courtoisie, communication, respect de l'intimité
    - ✓ Surveillance de la glycémie
    - ✓ Temps moyens de contact
    - ✓ Examen clinique général (yeux, pied, muqueuse, pouls périphérique, sensibilité auscultation, TA, poids)
    - ✓ Examens paracliniques périodique (annuel : Hb glyquée, microalbuminurie, FO, chol)
    - ✓ Education thérapeutique
    - ✓ Surveillance des complications
    - ✓ Traitement, lieux de mise sous traitement
    - ✓ Référence contre référence
    - ✓ Suivi//RV
- Pharmacie :
    - ✓ Modalités d'approvisionnement
    - ✓ Disponibilité des médicaments
    - ✓ Traçabilité
    - ✓ Stockage

- Système d'information :
    - ✓ Registre des diabétiques
    - ✓ Dossier de malade
    - ✓ Supports d'information

Annexe n 2: Grille d'entretien avec les diabétiques

Item 1 : connaissance :

- Début de la maladie et signes annonciateurs
- Connaissance sur la maladie, ces complications :
- Connaissance sur l'importance du traitement, hygiène de vie, régime
- L'autogestion du diabète
- Observance thérapeutique
- Respect du régime alimentaire (regard des autres, normes sociale, étiqueté négativement de malade chronique
- Respect des rendez-vous

Item2 : organisation de la PEC :

- Journée spécialisée
- N, carnet diabétique
- Conditions d'accueil
- délai d'attente, information
- Relation équipe soignante /malade : respect, empathie
- Disponibilité de médicament
- Périodicité du bilan
- Fréquence de recours au système de soins
- Continuité : périodicité des consultations spécialisées, attractivité du CRD
- Séance d'éducation thérapeutique : traitement, hygiène de vie, précautions
- Auto-contrôle
- Association/éducateurs paire

Item3 : attentes /besoins

- Besoins et attente de l'équipe soignante, de l'établissement (gratuité, échantillon, bandelettes, éducation thérapeutique, empathie, bon accueil, temps de l'écoute, examen complet)
- Facteurs motivant l'utilisation des ESSB
- Facteurs empêchant l'utilisation les ESSB (barrières financières, géographique, délais d'attente)

Annexe n°3: Questionnaire Code N :

N d'ordre	IDENTIFIANT	Encercler le chiffre
1	Sexe Masculin : 1 Féminin : 2	
2	Age : en an	/___ _/
3	Lieu d'exercice : Urbain : 1 Rural : 2	
4	Poste occupé :……	
5	Ancienneté dans la fonction publique : en années	/___ _/
	DISPONIBILITE DES RESSOURCES	
	Votre centre de santé dispose de :	
6	Lecteur de glycémie Oui : 1 Non : 2	
7	Appareils à tension Oui : 1 Non : 2	
8	Bandelettes pour le lecteur de glycémie Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
9	Bandelettes urinaires : Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
10	Insuline : Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
11	Seringue à insuline : Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
12	Antidiabétiques oraux : (Metformine) Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
13	Support d'information : Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
	ORGANISATION DES ACTIVITES DE PEC DES DIABETIQUES	
14	Disposez- vous d'une cellule de PEC du diabète Oui : 1 Non : 2	
15	Bénéficiez-vous d'activités d'accompagnement/supervision ? Oui : 1, Non : 2	
16	Si oui à quel rythme ? Préciser :……..	
17	Qui fait cette supervision ? Médecin-chef du SIAAAP : 1, Animatrice du programme : 2, Autre à préciser…….	
18	Que pensez-vous des supports d'information concernant le diabète : Satisfait : 1, Peu satisfait : 2 Autres à préciser :……	
19	Remplissez- vous tous les documents du suivi du patient (carnet du malade, fiche de suivi, registre…) Rarement : 1, Souvent : 2, toujours : 3	
20	**Questions pour les médecins du rural (20, 21, 22)** L'équipe mobile intègre dans son paquet d'activité le dépistage et le contrôle du diabète	

	Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
21	L'équipe mobile intègre dans son paquet d'activité l'éducation thérapeutique Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
22	L'équipe mobile intègre dans son paquet d'activité la référence des cas Jamais : 1 Quelque fois : 2 toujours : 3	
INFORMATION SUR LA STRATEGIE		
23	Connaissez-vous le plan stratégique de Prévention et de contrôle du diabète 2010-2015 ? Oui : 1 Non : 2	
24	Connaissez-vous la circulaire ministérielle N139 du 02/09/10 relative à l'amélioration de la qualité de PEC des maladies chroniques au niveau des ESSB Oui : 1 Non : 2	
25	Avez- vous reçu le guide de diabète édition 2010 ? Oui : 1 Non : 2	
26	Si oui suivez- vous les logigrammes thérapeutiques de ce guide ? Oui : 1 Non : 2	
27	Sinon préciser pourquoi ? **.....**	
FORMATION		
28	Avez-vous bénéficié de formation continue concernant le diabète ? Oui : 1 Non : 2	
29	Cette formation répond-elle à vos besoins pour la PEC des diabétiques ? Oui : 1 Non : 2	
30	Si non préciser pourquoi ? **.....**	
DEPISTAGE		
31	Proposez-vous systématiquement le dépistage du diabète chez la population à risque ? Toujours : 1 Souvent : 2 Jamais : 3	
32	Si jamais préciser pourquoi ……	
33	Quel serait selon vous le rôle de ce dépistage ? ……	
TRAITEMENT		
34	Vous commencez l'insulinothérapie chez les diabétiques type 2 lorsque cela se justifie chez vos patients ? Oui : 1, Non : 2	
35	Si non préciser pourquoi ……	
36	Quels sont les tâches que vous pouvez déléguer à l'infirmier dans le suivi des diabétiques ? …… …… ……	
37	Le système de traçabilité des médicaments est-il mis en place dans votre structure ? Oui : 1 Non : 2	
EDUCATION THERAPEUTIQUE		
38	Avez- vous un programme d'éducation thérapeutique pour les diabétiques ? Oui : 1 Non : 2	

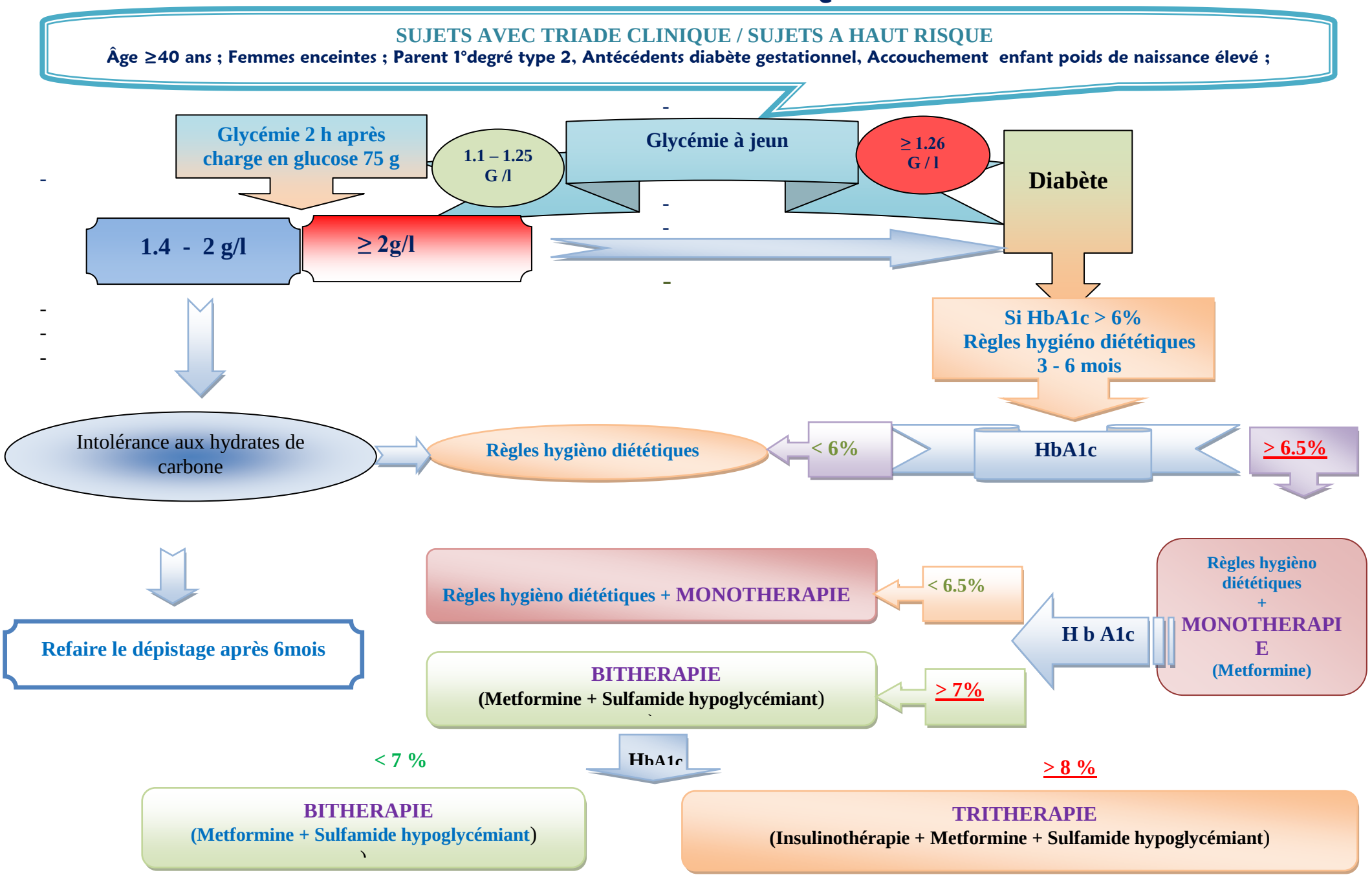
39	Si non pourquoi ? ……	
40	Assurez-vous la formation des personnes relais ? Oui : 1 Non : 2	
41	Si non préciser pourquoi ? ……	
42	Avez-vous des classes de diabétiques au niveau de votre établissement ? Oui : 1, Non : 2	
43	Si non pourquoi ? ……	
	SUIVI	
44	Faites-vous l'examen clinique de vos patients tout les trois mois Toujours : 1 Souvent : 2 Rarement : 3	
45	Faites- vous l'examen des pieds de vos patients ? Oui : 1 Non : 2	
46	Si non pourquoi ? …….	
47	Demandez-vous systématiquement HbA1c tout les trois mois ? Toujours : 1 Souvent : 2 Rarement : 3	
48	Demandez-vous systématiquement le bilan annuel recommandé ? Toujours : 1 Souvent : 2 Rarement : 3	
	REFERENCE /CONTRE REFERENCE	
49	Si vous suspectez des complications chez vos patients, votre conduite est : Traiter le patient localement Oui : 1, Non : 2	
50	Référer le patient vers : Centre de référence de diabétologie : 1 ; Centre de diagnostic : 2, Urgence du CHR : 3, Privé : 4	
51	Recevez-vous une contre référence de leur part : Toujours : 1, Souvent : 2, Rarement : 3, Jamais : 4	
	PERFORMANCES	
52	Quelle est le nombre de cas de diabétiques dépisté au niveau de votre centre en 2011	
53	Quel est le nombre de diabétiques type 2 PEC au niveau de votre centre en 2011	
54	Quel est le nombre de complication/au nombre total des diabétiques PEC au niveau de votre centre de santé ?.....	
	CONTRAINTES ET SUGGESTIONS	
55	Quelles sont les difficultés ou contraintes rencontrées dans la PEC des diabétiques dans votre pratique ? …… …… …… ……	
56	Quelles sont vos suggestions et propositions pour une meilleure prise en charge des diabétiques au niveau de votre centre de santé ? …… …… …… ……	

Merci pour votre contribution

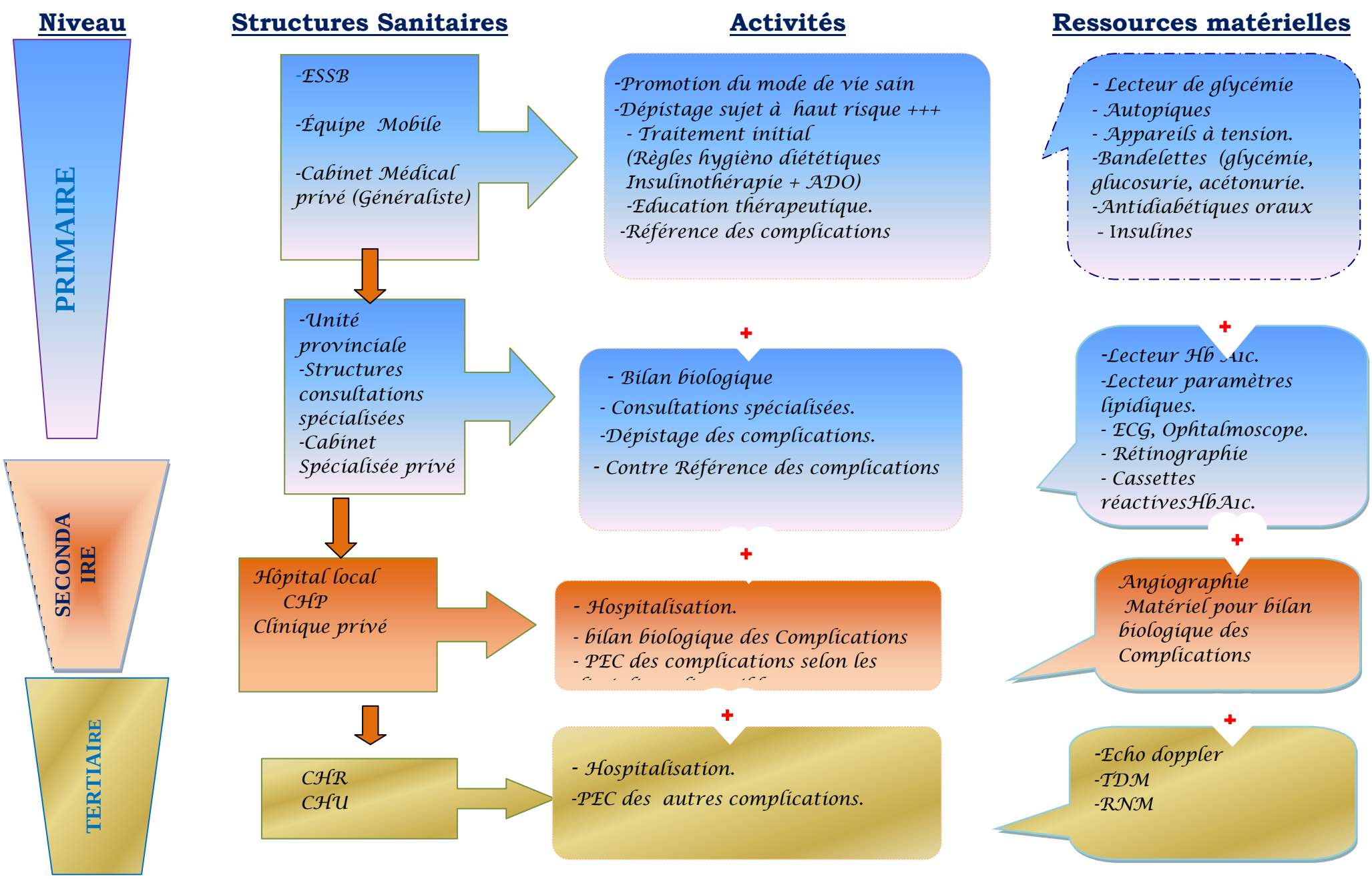
Annexe n°4: Grille d'entretien avec les gestionnaires

- Objectif de l'étude
- Prise de connaissance de la Stratégie Nationale de Contrôle et de Prévention du diabète.
- Etape mise pour l'implantation de cette stratégie
- Existence d'un plan d'action à votre niveau
- Ya t-il un suivi Monitoring/Evaluation de l'état d'avancement
- Disponibilité des moyens
- Facteurs facilitant
- Facteurs entravant
- Les initiatives mises à votre niveau pour faciliter la mise en œuvre
- Suggestions

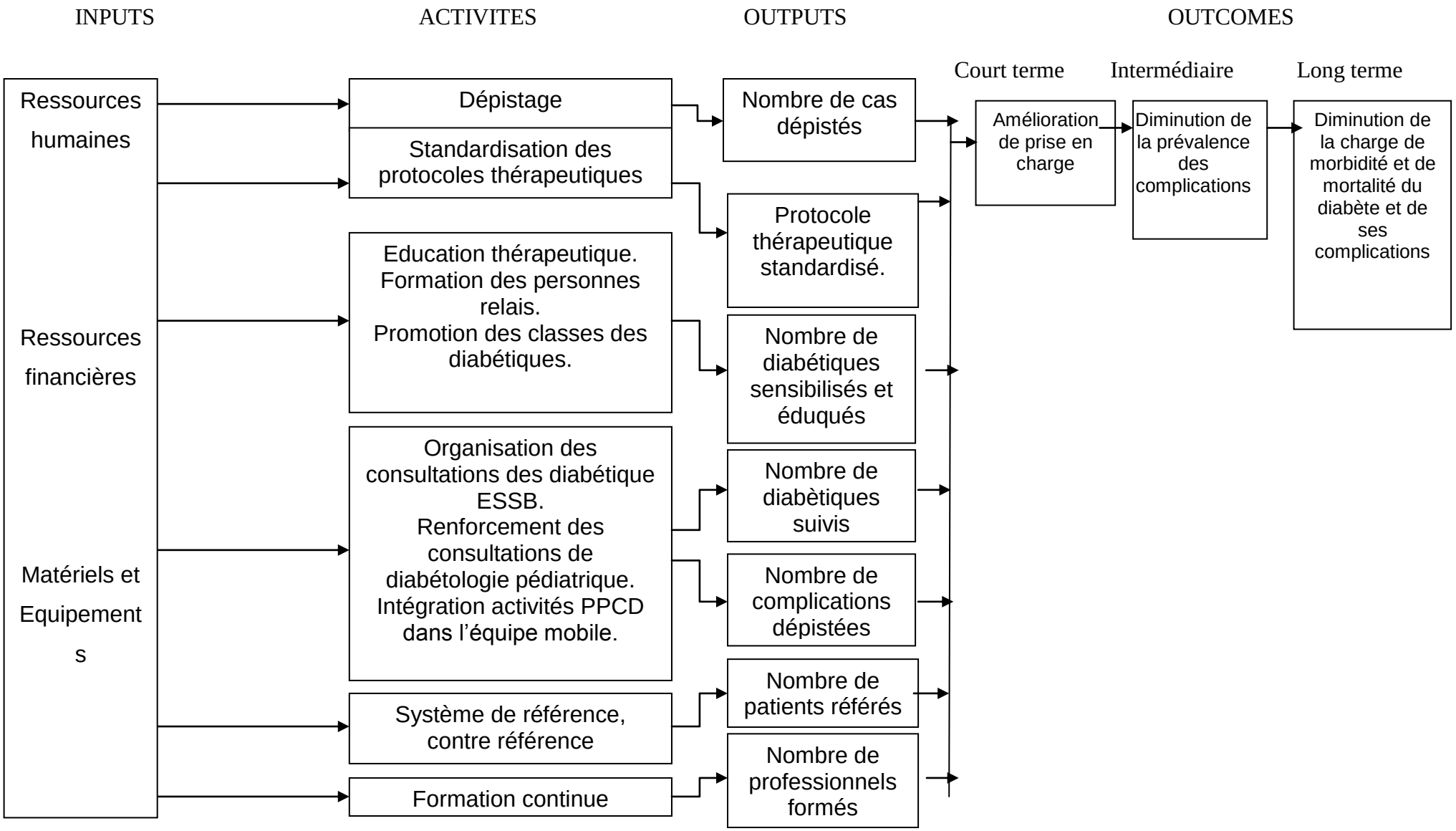
- Annexe n° 5 :LOGIGRAMME THERAPEUTIQUE DU DIABETE TYPE II


SUJETS AVEC TRIADE CLINIQUE / SUJETS A HAUT RISQUE
Âge ≥40 ans ; Femmes enceintes ; Parent 1°degré type 2, Antécédents diabète gestationnel, Accouchement enfant poids de naissance élevé ;
Glycémie 2 h après charge en glucose 75 g
1.1 – 1.25 G /l
Glycémie à jeun
≥ 1.26 G / l
Diabète
1.4 - 2 g/l
≥ 2g/l
Si HbA1c > 6%
Règles hygiéno diététiques
3 - 6 mois
Intolérance aux hydrates de carbone
Règles hygiène diététiques
< 6%
HbA1c
≥ 6.5%
Règles hygiène diététiques + MONOTHERAPIE
< 6.5%
Règles hygiène diététiques + MONOTHERAPIE (Metformine)
H b A1c
Refaire le dépistage après 6mois
BITHERAPIE (Metformine + Sulfamide hypoglycémiant)
≥ 7%
HbA1c
< 7 %
≥ 8 %
BITHERAPIE (Metformine + Sulfamide hypoglycémiant)
TRITHERAPIE (Insulinothérapie + Metformine + Sulfamide hypoglycémiant)

- Annexe n° :6 : SCHEMAS DE LA FILIERE DES SOINS DES DIABETIQUES



Annexe n°7 : cadre logique du programme de prévention et de contrôle du diabète et ses complications



AXE 1 : Renforcement de la prévention primaire

Ressources	activités	outputs	Résultats à court terme	Résultats intermédiaire	Résultats à longue terme
- Ressources humaines - Ressources financières - Ressources matérielles	- Organisation de réunions régionales d'information	Les professionnels de santé informés sur la prévention primaire du diabète	Le mode de vie sain et la lutte contre les facteurs de risque encouragé	La prévention primaire renforcée	La charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications réduite
	- Organisation de campagnes de sensibilisation du grand public - Introduction d'un module sur la prévention primaire dans le cursus scolaire	Le grand public informé et sensibilisé sur le mode de vie sain et la lutte contre les facteurs de risque			

Ressources	Activités	outputs	Résultats à court terme	Résultats intermédiaire	Résultats à long terme
- Ressources humaines - Ressources financières - Ressources matérielles	- Définition des critères et des modalités du dépistage - Dotation des ESSB en matériel et fongible	Le système de dépistage mis en place dans tous les ESSB	Le dépistage systématique chez les personnes à risque procédé	La qualité de la prise en charge du diabète et de ses complications améliorée	La charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications réduite
	- Actualisation et validation des protocoles thérapeutiques - Production et diffusion de guide relatif aux protocoles thérapeutiques	Référentiels de PEC des diabétiques standardisés et mis en place	Les modalités d'une PEC de qualité des diabétiques définies		
	- Elaboration d'un programme d'éducation thérapeutique - Formation des personnes relais - Promotion des classes des diabétiques au niveau des ESSB	Education thérapeutique des diabétiques développée			
	- Elaboration des modules de formations - Elaboration et exécution du plan d'action de formation continue	Les connaissances du personnel de santé renforcées	Les compétences des professionnels de santé améliorées		
	Intégration de la problématique du diabète dans les cursus universitaires et au niveau des instituts du MS	Formation de base renforcée			
	- Création et mise en œuvre de cellules de PEC du diabète dans les ESSB - Extension et mise en œuvre des centres de santé intégrés - Renforcement de la consultation en diabétologie pédiatrique	Stratégie de couverture fixe révisée et adaptée à la PEC des diabétiques	La filière de soins des diabétiques réorganisée		
	Intégration des activités du programme de PCD dans le paquet d'activité de l'équipe mobile	Les activités du programme de PCD intégrées dans la stratégie mobile			
	- Instauration et mise en œuvre d'un système de référence et contre référence - Identification du circuit du diabétique	Le circuit de malade organisé			
	- Révision de la nomenclature - Mise en place d'un système de traçabilité	La disponibilité des médicaments et du fongible assurée			

Axe 2 : amélioration de la qualité de PEC du diabète et de ces complications

AXE3 : Mise en place d'un système de suivi et d'évaluation

<table>
<tr><th>Ressources</th><th>activités</th><th>outputs</th><th>Résultats à court terme</th><th>Résultats intermédiaire</th><th>Résultats à longue terme</th></tr>
<tr><td rowspan="2">- Ressources humaines
- Ressources financières
- Ressources matérielles</td><td>- Elaboration des indicateurs de suivi
- Révision du système de surveillance épidémiologique du diabète
- Standardisation et mise en place de supports d'information</td><td>Le système de suivi élaboré et mis en place</td><td rowspan="2">La régularité du suivi et de l'évaluation des activités du programme assurée à différents niveaux</td><td rowspan="2">Le système de suivi et d'évaluation mis en place</td><td rowspan="2">La charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications réduite</td></tr>
<tr><td>- Elaboration de protocoles d'évaluation
- Supervision régulière des activités du programme à différents niveaux
- Réalisation de l'évaluation interne et externe</td><td>Le système d'évaluation instauré et mis en place</td></tr>
</table>

Axe 4 : Renforcement d'une stratégie de communication

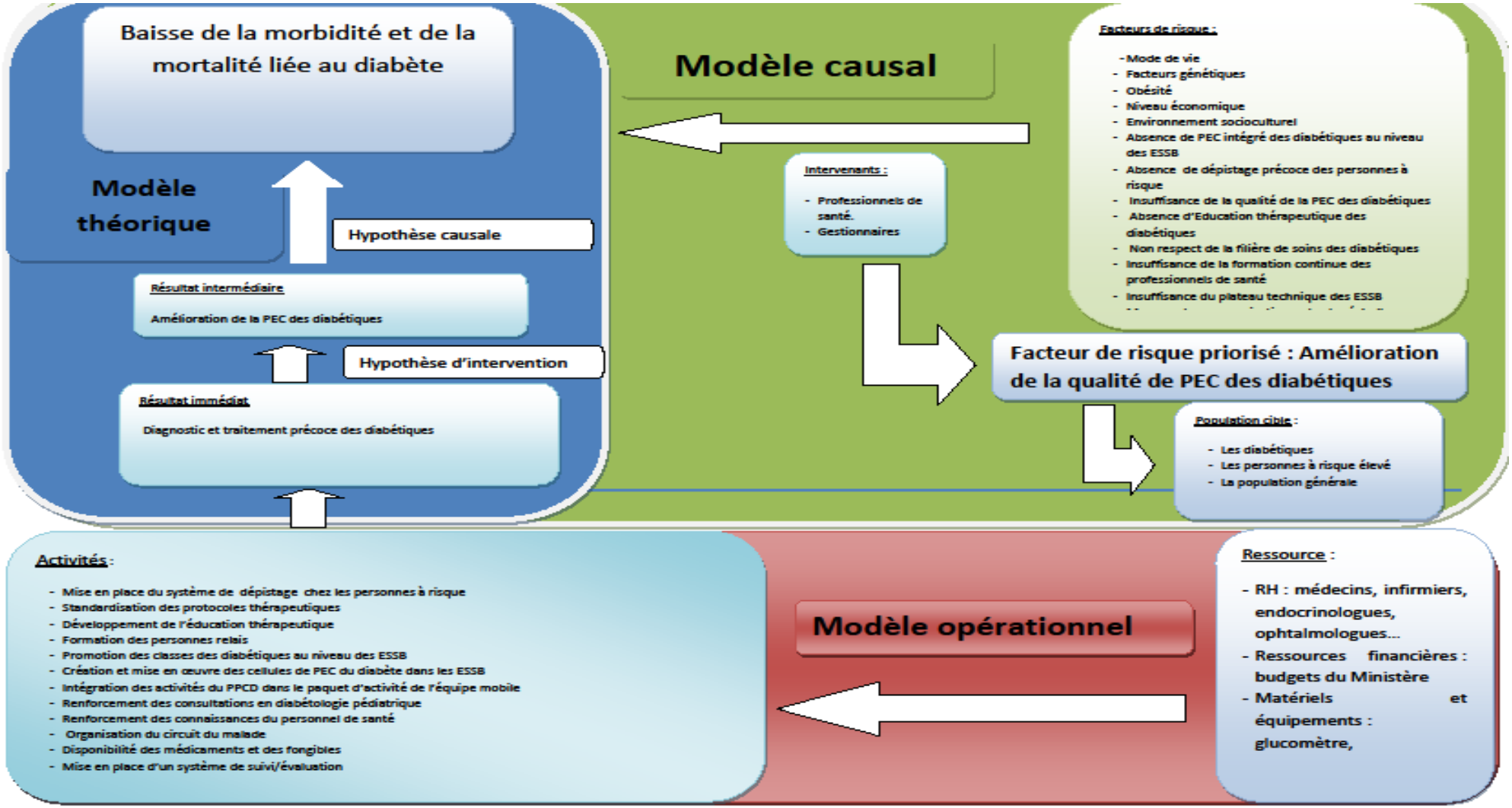
<table>
<tr><th>Ressources</th><th>activités</th><th>outputs</th><th>Résultats à court terme</th><th>Résultats intermédiaire</th><th>Résultats à longue terme</th></tr>
<tr><td rowspan="2">- Ressources humaines
- Ressources financières
- Ressources matérielles</td><td>- Identification des constantes du plan de communication
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication par région</td><td>Le plan de communication élaboré dans toutes les régions et provinces</td><td rowspan="2">Le plan de communication mis en place</td><td rowspan="2">La stratégie de communication mise en place</td><td rowspan="2">La charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications réduite</td></tr>
<tr><td>- Conception de supports d'information
- Formation en techniques de communication
- Organisation des séances éducatives
- Célébration de la journée mondiale du diabète
- Organisation de journées portes ouvertes</td><td>Le grand public informé et sensibilisé sur le mode de vie sain et la lutte contre les facteurs de risque</td></tr>
</table>

Axe 5 : développement d'une stratégie de partenariat :

Ressources	activités	outputs	Résultats à court terme	Résultats intermédiaire	Résultats à longue terme
- Ressources humaines - Ressources financières - Ressources matérielles	- Détermination des attributions des principaux partenaires potentiels - Plaidoyer auprès des différents partenaires pour apporter leur appui - Etablissement et mise en œuvre de conventions de partenariat - Création d'un comité de suivi et d'évaluation	le partenariat avec les différents intervenants renforcé	Les partenaires impliqués dans la prévention et le contrôle du diabète	La stratégie de partenariat développée	La charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications réduite

Axe 6 : promotion et développement de la recherche

Ressources	activités	outputs	Résultats à court terme	Résultats intermédiaire	Résultats à longue terme
- Ressources humaines - Ressources financières - Ressources matérielles	Réalisation d'une enquête sur la prévalence du diabète et de ses complications	Les données épidémiologiques relatives au diabète et de ses complications actualisées	La recherche afin de prévenir et combattre le diabète soutenue	La recherche développé et encouragée	La charge de la morbidité et de la mortalité liées au diabète et à ses complications réduite
	- Réalisation d'une étude CAP - Réalisation d'une étude de l'impact socio économique du diabète et de ses complications	Les déterminants comportementaux et socio économiques du diabète évalués			
	- Organisation de séminaires scientifiques - Lancement de concours des meilleurs travaux et publications	L'approche de la recherche scientifique encouragée			


Baisse de la morbidité et de la mortalité liée au diabète
Modèle théorique
Hypothèse causale
Résultat intermédiaire
Amélioration de la PEC des diabétiques
Hypothèse d'intervention
Résultat immédiat
Diagnostic et traitement précoce des diabétiques
Modèle causal
Facteurs de risque :
- Mode de vie
- Facteurs génétiques
- Obésité
- Niveau économique
- Environnement socioculturel
- Absence de PEC intégré des diabétiques au niveau des ESSB
- Absence de dépistage précoce des personnes à risque
- Insuffisance de la qualité de la PEC des diabétiques
- Absence d'Education thérapeutique des diabétiques
- Non respect de la filière de soins des diabétiques
- Insuffisance de la formation continue des professionnels de santé
- Insuffisance du plateau technique des ESSB
Intervenants :
- Professionnels de santé.
- Gestionnaires
Facteur de risque priorisé : Amélioration de la qualité de PEC des diabétiques
Population cible :
- Les diabétiques
- Les personnes à risque élevé
- La population générale
Activités :
- Mise en place du système de dépistage chez les personnes à risque
- Standardisation des protocoles thérapeutiques
- Développement de l'éducation thérapeutique
- Formation des personnes relais
- Promotion des classes des diabétiques au niveau des ESSB
- Création et mise en œuvre des cellules de PEC du diabète dans les ESSB
- Intégration des activités du PPCD dans le paquet d'activité de l'équipe mobile
- Renforcement des consultations en diabétologie pédiatrique
- Renforcement des connaissances du personnel de santé
- Organisation du circuit du malade
- Disponibilité des médicaments et des fongibles
- Mise en place d'un système de suivi/évaluation
Modèle opérationnel
Ressource :
- RH : médecins, infirmiers, endocrinologues, ophtalmologues…
- Ressources financières : budgets du Ministère
- Matériels et équipements : glucomètre,

Cadre logique de l'axe : amélioration de la qualité de PEC du diabète et de ces complications

Curriculum vitae

Identifications personnelles :

- Mme ALAOUI Asmaa.
- Née le : 01/05/1972 à Kénitra.
- Adresse : Rue 9 n°26 1400 Kénitra. CIN : G304126.
- GSM: 0661536133. Email: alaoui_asmaa@hotmail.com.

Situation administrative :

- Participant à la 11ème promotion 2010-2012 du cycle de master en administration sanitaire et santé publique filaire gestion des programmes de santé.
- Médecin chef de la CSCA Lalla Mimouna. SIAAP. Kénitra.
- Médecin généraliste grade exceptionnel.

Cursus des études et Formations / Diplômes obtenus :

- Doctorat en médecine .Rabat en 2001.
- Baccalauréat de l'enseignement secondaire science expérimentale .Kénitra en 1991.
- Certificat en espace santé jeune. Rabat en 2006.

Expériences professionnelles / Parcours des postes occupés :

- Médecin chef de la CSCA Lalla Mimouna .SIAAP de Kénitra en 2009.
- Médecin responsable de la CPE. SIAAP de Laayoune en 2009.
- Médecin responsable du programme SSU. SIAAP. Laayoune 2006.
- Médecin responsable de la ligue Marocaine Pour la Protection de l'enfance. ONG Laayoune en 2003.
- Médecin dans les ESSB à Laayoune en 2002.

Travaux et recherches effectués / Séminaires et stages :

- Forum national sur les soins de santé primaires (04/09).
- Surveillance sentinelle de l'infection VIH (04/08).
- Sensibilisation sur les carences en micronutriments (03/07).
- Séminaire national d'éducation des enfants handicapés (03/07).

Connaissances générales / Domaines de compétences :

- Gestion des ESSB, CPE, programme de santé, ONG.
- Maîtrise de l'outil informatique (Word, Excel, Power point, Epi-info).
- Communication interpersonnelle.

Centres d'intérêts / Activités ou loisirs :

Lecture, Cuisine, Informatique., Sport.

Autre: Bénévolat :

Association de Lutte Contre le Sida : campagne de sensibilisation et de dépistage MST-SIDA, Ligue Marocaine pour la protection de l'enfance.